



TITLE:

臨床診断ト手術所見

AUTHOR(S):

---

CITATION:

臨床診断ト手術所見. 日本外科宝函 1937, 14(6): 1253-1255

ISSUE DATE:

1937-11-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/204871>

RIGHT:

手術所見：正中切開ニヨリ腹腔ニ達スルニ腫瘤ハ明カニ後腹膜ニ存シ胃ヲ上方ニ、横行結腸ヲ下方ニ壓排シテソノ間ニ現ル。大網小網及ビ胃、腸、腸間膜ノ漿膜面ニハ粟粒乃至米粒大ノ灰白色小結節アリ明カニ結核性腹膜炎ノ像ヲ呈ス。腫瘍ハ一部ハ弾力性硬、一部ハ緊張弾力性ニシテコノ部ニハ波動ヲ證ス。癒着強固ニシテ全體トシテ、摘出不可能ナリ。ヨツテ波動アル部ヲ切開スルニ一部ニテハ血性ノ、一部ニテハ黄色透明ノ、一部ニテハ Dermoid 乳粥様ノ物質ヲ出シタリ。即チ之ノ腫瘍ハ後腹膜ニ生ジタル皮様囊腫ナリ。囊腫ノ内容ヲ排除シタル後、ガーゼ・タンポンヲ施シ手術ヲ終ル。

大網試験的切片ノ顯微鏡所見：大網膜ノ一部ニ生ゼル結節ヲ檢スルニ一部ニ小圓形細胞ノ浸潤強ク所謂増殖型結核ノ所見ヲ呈シテキルガ、一方 Plattenepithelkrebs mit Perlen ノ像ヲ呈セル部アリ。

考察：手術所見ハ結核性腹膜炎ト皮様囊腫トデアツタガ大網ノ一部カラハ明カニ Plattenepithelkrebs ノ像ヲ呈スル部ヲ見出シテキル。大網カラハ原發的ニ Plattenepithelkrebs ヲ發スルコトハナク又他ノ腹腔内臓器ニモ腫瘍ハ認めラレナカッタ。故ニ肉眼的ニハ良性ニ見エタ皮様囊腫ガ惡性化シコノヨリ轉移シタモノト考ヘザルヲ得ナイ。

一方頸椎ノ問題デアルガ、此ノ例ニ於テハ、結核モアリ、マタ痛腫モアリ、更ニ臨床上強直、壓痛、叩打痛無ク、Spondylitis tbc. ニ相反スル様デアル。然レ線寫眞ニヨルト椎骨間板ガ一部破壊サレテ居ル。モシ之ガ腫瘍ノ轉移トスルナラバ破壊像ハ椎體ニ來タリ、間板ニハ變化ヲ呈セヌモノデアル。ソレ故ニ本例ハ痛ノ轉移ト考ヘルヨリモ、結核性ノ脊椎炎ト診斷スベキモノデアル。

## 臨床診断ト手術所見

尿中出现ノ大腸菌ニ依リ手術ノ適應ヲ定メ得タル假面性蟲様垂炎ノ1例

金澤紀四五郎（京都外科集談會昭和12年9月例會所演）

患者：23歳，男

主訴：左季肋部疼痛

現病歴：約20時間前、誘因ト認ム可キモノナク、惡感戰慄ト共ニ左腰部ニ放散スル劇痛ヲ左季肋部ニ來セリ。數回ノ嘔吐ノ後、自ラ下劑ヲ服用セルニ下痢強ク、食欲不振トナリ現在ニ至ル。

既往歴：3年前腹部全體ニ互リ突如劇痛、嘔吐、下痢ヲ來シ12時間ニテ該發作ノ消失シタルコトアリ。

6年前右鼠蹊ヘルニアノ手術ヲ受ケ。

現症：體溫37.7°C、脈搏1分時100、腹部ニハ右鼠蹊部ニ約8糎ノ瘢痕ヲ見ル以外視診上變化ナク觸診上、腹部上半部ニ輕度ノ筋肉性防禦アルモ、Blumberg氏症候ハ認めラレズ。Mac Burney氏點ヲ壓スルト、左側對稱點ニ疼痛ヲ感じ、ソノ他下腹部ノ何處ヲ壓シテモ左季肋部ニ牽引性疼痛ヲ訴フ。Walton氏感覺異狀帶ナシ。聽診上腸音ハ尋常ニテ Ampulla recti ハ稍々膨大セリ。

尿検査：大腸菌1視野平均4個アリ。寒天培養基上ニモ發育ス。ソノ他ニ異狀ナシ。

血液：白血球數過多(12500)、中性多核白血球增多(80%)ナリ。

診斷：白血球過多及ビ爾他健康常尿中ノ大腸菌出現ヨリ、急性蟲様垂炎ト診斷セリ。

手術所見：右副直腹筋線切開。大網膜ノ先端ガヘルニアノ手術痕ニ癒着シ、ソノ爲横行結腸ハ牽引セラレテ延長下垂セリ。癒着ヲ剝離シタルニ、輕度ニ充血勃起セル蟲様垂現レ來リ、容易ニ切除シ得タリ。此ノ

際蟲様垂周囲腹膜面ヨリモ大腸菌ガ陽性ニ立證セラレタリ。

経過：I期綜合ニテ術後15日目退院。尿中大腸菌ハ10日目迄證明セラレタリ。

考察：本例ハ在來ヨリ言ハレ居ル所謂急性蟲様垂炎ノ定型的諸症候ヲ缺除シ、特ニソノ壓痛點位ノ異常等ニヨリテ直チニ該疾患ナリト診斷ヲ下スコトハ躊躇シタルモ、白血球過多及ビ尿中大腸菌ノ出現ヲ立證シ得タルヲ以テ急性蟲様垂炎ト診斷シ、而モ手術ノ結果ソノ正シカリシヲ知り得タル1例ナリ。

佐々木ノ研究ニ依レバ、爾他健常尿中ニ大腸菌ノ出現スル場合ハ、腸管ノ穿孔ヲ來シタル時、或ハ腸管壁ノ血行障礙ト同時ニ腸管腔ノ通過障礙ガアリテ、ソノタメニ腹腔ガ大腸菌ニヨリ汚染或ハ感染セラレタル時ノミナリ。即チ臨床的ニハ腸管穿孔以外蟲様垂炎或ハ廣義ノ絞扼性「イレウス」ノ際ナラザルベカラズ。本患者ニ於テハソノ症狀ヨリ、腸管穿孔ハ勿論、該「イレウス」ハ考ヘ得ラズ。依ツテ急性蟲様垂炎ヲ考ヘタル次第ナリ。

事實既ニ本年ノ日本外科學會席上ニ於テ淺野ハ急性蟲様垂炎患者ノ83%ニ於テソノ爾他健常尿中ニ大腸菌ガ出現シ、之ハソノ白血球數過多陽性率(86%)ト相俟ツテ、該疾患ノ極メテ重大ナル症候ナルコトヲ指摘シタルトコロナリ。

マタ本例ハ舊「ヘルニア」手術瘢痕ヘ大網膜ガ癒着シ居タルガ爲ニソノ牽引ニ依リテ不定型ノ壓痛ヲ示シタルモノナルベシ。

何レニシロ斯ル際ハ、爾他健常尿中大腸菌(Coli im sonst normalen Urin)出現有無ノ検査ハ診斷上缺クベカラザルモノナリ。

### 子宮筋腫ト誤マラレタル化膿性喇叭管炎ノ1例

小 田 切 治 正 (京都外科集談會昭和12年9月例會所演)

患者：27歳ノ女子

主訴：腹痛

現病歴：本年1/IV突然惡感戰慄ト共ニ高热ヲ發シ、腹部全體ニ互リ劇痛アリ。急性蟲様突起炎ノ診斷ノ下ニ3/IV蟲様突起切除術ヲウク。ソノ後手術創感染シ約2ヶ月ニシテ全ク治癒ス。現在デハ時々約38°Cノ發熱及ビ腹痛アリ。月經ハ順調、月經痛ヲ來セシ事ナシ。食思、睡眠共ニ良好。

既往歴：特記スベキモノナシ。2兒アリ。

一般の所見：體格中等、榮養稍衰。皮膚蒼白、脈搏整調 90/m、右肺尖部ニ呼吸延長及ビ囉音ヲ證明ス。

局所所見：腹部特ニ下腹部ハ膨滿ス。靜脈怒張、蠕動不穩等ヲ認メズ。廻盲部ニ約5厘長ノ瘢痕アリ。觸診スルニ下腹部殊ニ右側ニ於テ抵抗アリ。深部觸診ニテ下腹部ニ1個ノ腫瘤ヲ觸ル。球狀ニシテ小兒頭大彈性硬、ソノ境界ハ上方ニ於テハ比較的鮮明ナルモ、下方ハ恥骨結際ノ下ニ隠ル。表面平滑、移動性ナク、輕度ノ壓痛アリ。打診上鼓音ヲ呈シ、觸診上腹鳴ヲ發スル事ニヨリ、腸ニヨリテ被ハレテ居ル事ガ解ル。腔内診ニテハ子宮腔部扁平トナリ、腔穹窿ハ淺ク、殊ニ右側ハ全ク消失ス。双手的ニハ彈性硬、表面平滑ナル腫瘤トシテ觸レ移動性ナシ。肛門内指診ニテモ同様ナ腫瘤ヲ右側ニ觸ル。

血液像：輕度ノ白血球增多(12000)ヲ認ムルモ他ニ異狀ナシ。

レ線所見：S狀結腸ハ細ク且ツ固定サル。即チ腫瘤ニヨリ壓迫サレテ居ルノミナラズ、癒着アル事ガ分ル。

廻腸モ亦タ腫瘤ト癒着シレ線觸診ニテモ動カズ。

診断：子宮腔部ガ扁平トナリ、而モ子宮ト腫瘤トガ1塊トナリ居ル事及ビ腸管ガ癒着シテ居ル點ヨリ、子宮筋腫及ビ子宮附屬器炎ト診断サル。

手術所見：開腹スルニ腹水ハ證明セラレズ。骨盤腔ニ小兒頭大ノ腫瘤アリ。暗赤色、表面粗大、一般ニ緊満波動性ナリ。左側ニハS狀結腸ト、右上側ニハ腹壁ト癒着セル囊狀部アリ。此等ヲ剝離スルニ黃色、稍々潤濁セル液ヲ有スル卵巢囊腫ナリ。主腫瘤ハ子宮ノ右上部ト強固ニ癒着セル囊狀喇叭管ニシテ、膿様液ヲ充へ。切開排液後、子宮ヨリ鈍性ニ剝離切除ス。子宮ハ正常大ナルモ腫瘤ノ壓迫ニヨリテ左傾ス。手術創ニ排液法ヲ施シ手術ヲ終ル。

膿汁培養：細菌ヲ證明セズ。

標本所見：喇叭管壁ハ著シク肥厚、粘膜ハ殆ンド崩解シ全層ニ亙リ圓形細胞ノ浸潤ヲ認ム。

術後ノ經過：術後一般症狀良好ニシテ、排膿漸次減少シツゝアリ。

考察：本例ハ開腹手術所見ヨリ陳舊性喇叭管膿腫ナル事明カナリ。而シテ喇叭管壁ハ強ク癰痕性ニ肥厚シ、且ツソノ周圍ニハ強イ癒着ガアツタ。從ツテ此ノ際單ニ切開排膿ノミニ止メタナラバ、周圍ノ癒着、喇叭管壁ノ癰痕性肥厚及ビ喇叭管粘膜ノ殘存等ニヨリテ永久ニ瘻ヲ殘シ加之外部ヨリ細菌再感染等ヲ來シ手術セヌ以上ノ苦痛ヲ免レ得ナイデアラウ。故ニ本例ノ如ク癒着ガ強クテモ、否癒着ガ強ケレバ強イ程原發竈タル喇叭管切除ノ適應ハ大トナツテクルモノト考ヘラレル。